

Co způsobuje pokles úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční? – editorial

R. Cífková^{1,2,3}

¹ Centrum kardiovaskulární prevence 1. lékařské fakulty UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou Praha, přednostka prof. MUDr. Renata Cífková, CSc.

² II. interní klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha, přednostka prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

³ Pracoviště preventivní kardiologie IKEM Praha, přednostka doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.

Kotík L. Snížení morbidit a mortality nemocných s chronickými formami ischemické choroby srdeční je výsledkem konzervativní léčby. *Vnitř Lék* 2011; 57(5): 497–501.

Ischemická choroba srdeční (ICHS) je hlavní příčinou úmrtí v rozvinutých zemích [1]. V Evropě existují velké regionální rozdíly v úmrtnosti na ICHS [2]. Úmrtnostní statistiky vykazují nejvyšší hodnoty v Ruské federaci a v zemích bývalého Sovětského svazu, následují ostatní bývalé socialistické země. V zemích západní, severní a jižní Evropy klesá úmrtnost na ICHS zhruba od roku 1980 a pokles je téměř lineární. Ve většině zemí střední Evropy je pokles úmrtnosti buď pomalejší, nebo úmrtnost na ICHS stoupá tak, jako je tomu ve východní Evropě.

Pro modelování poklesu úmrtnosti je nejčastěji používán model IMPACT [3]. Pomocí tohoto modelu lze pokles úmrtnosti na ICHS (44–58%) většinou vysvětlit změnami v rizikových faktorech na úrovni populace, z nichž je nejvýznamnější pokles průměrné cholesterolemie v populaci a kuřáctví. Podíl léčby, včetně koronárních intervencí, na poklesu úmrtnosti na ICHS činí zhruba 40% [4–10].

Potěšující je, že i když Česká republika stále patří mezi země s vysokou úmrtností na kardiovaskulární onemocnění, od roku 1985 zaznamenala trvalý pokles úmrtnosti na ICHS i cévní mozkové příhody [11]. Při aplikaci mo-

delu IMPACT v České republice se na poklesu úmrtnosti na ICHS největší měrou podílí pokles průměrné cholesterolemie (–38%) a průměrného systolického krevního tlaku v populaci (–15%). Koronární intervence včetně provedených aortokoronárních by-passů přispívají k poklesu úmrtnosti podstatně méně (do 5%) [12].

MUDr. Kotík ve svém článku upozorňuje na to, že pokles morbidit a mortality nemocných s chronickými formami ICHS je především výsledkem konzervativní léčby [13]. Ve světle 2 velkých randomizovaných klinických studií (COURAGE a BARI 2D) [14,15] se ukazuje, že při nastavení optimální medikamentózní léčby stabilní ICHS by se nemusela provádět primární koronární intervence, neboť nepřináší žádnou prognostickou výhodu. Výsledky však potvrzují, že po PCI dochází k lepšímu ovlivnění symptomů (anginy pectoris) a ke zlepšení kvality života.

Smyslem léčby stabilní ICHS podle stávajících doporučení je především zlepšení prognózy, a to zpomalením progresu aterosklerózy a snížením výskytu infarktu myokardu. Dalším z cílů je ovlivnění anginy pectoris. Důležitým předpokladem je ovšem znalost anatomie koronárního řečiště,

neboť tento postup nelze doporučit vysoce rizikovým jedincům (stenóza hlavního kmene, proximální postižení všech 3 koronárních tepen nebo postižení 2 koronárních tepen se současnou proximální stenózou RIA).

Intervenční léčba stabilní ICHS je založena na poznatku, že odstraněním těsné koronární stenózy, která způsobuje ischemii myokardu, dochází k vymizení anginy pectoris, a tím k zamezení vzniku ischemických lézí myokardu v budoucnosti. Od počátku 90. let minulého století je však známo, že o progresi dané léze do stadia tzv. „culprit lesion“, zodpovědné za budoucí koronární příhodu, rozhoduje více vlastní složení aterosklerotického plátu než procentuální zúžení koronární tepny. Pláty s vysokým podílem lipidů v jádře a vysokým počtem makrofágů a současně s menším obsahem buněk hladkých svalových vláken vykazují větší riziko trombotických příhod než pláty bohaté na kolagen, a to nezávisle na stupni stenózy. Agresivní léčba statiny vede ke stabilizaci plátů.

PCI je často mylně interpretována jako kauzální léčba, ačkoli představuje pouze lokální mechanickou intervenci. Nicméně u akutního koronárního syndromu je časná PCI preferovanou for-

mou revaskularizace, která zlepšuje prognózu nemocných [16–18].

Aplikace modelu IMPACT na objasnění příčin poklesu úmrtnosti na ICHS vyvolává ještě více skepse na straně invazivních kardiologů a kardiochirurgů, a naopak upozorňuje na význam preventivních opatření a ovlivňování rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění na úrovni populace. Uvedený model vyzdvihuje, v souladu s článkem L. Kotíka, význam medikamentózní léčby založené na důkazech. Výsledky jsou zatím zcela konzistentní u všech populací, kde byl model IMPACT použit. Pokles mortality v populaci následuje relativně rychle po změně rizikových faktorů [19], tj. v řádu několika měsíců až několika málo let.

Literatura

1. European cardiovascular disease statistics 2008. 3rd ed. Brussels: European Heart Network; 2008.
2. Müller-Nordhorn J, Binting S, Roll S et al. An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *Eur Heart J* 2008; 29: 1316–1326.
3. Ford ES, Ajani UA, Croft JB et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. *N Engl J Med* 2007; 356: 2388–2398.
4. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S et al. Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. *Am J Public Health* 2010; 100: 684–692.
5. Bennett K, Kabir Z, Unal B et al. Explaining the recent decrease in coronary heart disease mortality rates in Ireland, 1985–2000. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 322–327.
6. Capewell S, Beaglehole R, Seddon M et al. Explanation for the decline in coronary heart disease mortality rates in Auckland, New Zealand, between 1982 and 1993. *Circulation* 2000; 102: 1511–1516.
7. Björck L, Rosengren A, Bennett K et al. Modelling the decreasing coronary heart disease mortality in Sweden between 1986 and 2002. *Eur Heart J* 2009; 30: 1046–1056.
8. Capewell S, O'Flaherty M. What explains declining coronary mortality? Lessons and warnings. *Heart* 2008; 94: 1105–1108.
9. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation* 2004; 109: 1101–1107.
10. Laatikainen T, Critchley J, Vartiainen E et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Finland between 1982 and 1997. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 764–773.
11. Cífková R, Skodová Z, Bruthans J et al. Longitudinal trends in cardiovascular mortality and blood pressure levels, prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Czech population from 1985 to 2007/2008. *J Hypertens* 2010; 28: 2196–2203.
12. Bruthans J, Cífková R, Lánská V et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in the Czech Republic between 1985 and 2007 (odesláno do tisku).
13. Kotík L. Snížení morbidity a mortality nemocných s chronickými formami ischemické choroby srdeční je především výsledkem konzervativní léčby. *Vnitř Lék* 2011; 57: 497–501.
14. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007; 356: 1503–1516.
15. BARI 2D Study Group. Frye RL, August P, Brooks MM et al. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *New Engl J Med* 2009; 360: 2503–2515.
16. Mehta SR, Granger CB, Boden WE et al. TIMACS Investigators. Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2009; 360: 2165–2175.
17. de Winter RJ, Windhausen F, Cornel JH et al. Invasive Versus Conservative Treatment in Unstable Coronary Syndromes (ICTUS) Investigators. Early invasive versus selectively invasive management for acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2005; 353: 1095–1104.
18. Van de Werf F, Bax J, Betriu A et al. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the task force on the management of ST-segment acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008; 29: 2909–2945.
19. Capewell S, O'Flaherty M. Rapid mortality falls after risk-factor changes in populations. *Lancet* 2011; published online March 16. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62302-1/fulltext#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62302-1/fulltext#). DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62302-1.

prof. MUDr. Renata Cífková, CSc.
www.ftn.cz
e-mail: renata.cifkova@ftn.cz

Doručeno do redakce: 7. 4. 2011